
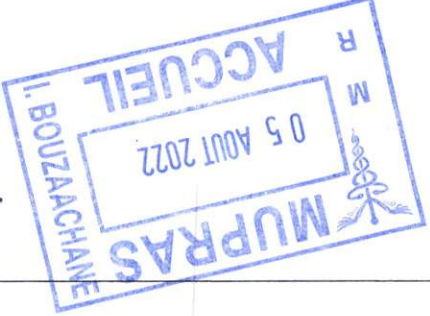


1864

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : KOUTANI MOHAMED	
Matricule : 1864	N° CIN : B 79683
Adresse : CITE HASSANI Raja 528 . N° 947 Cas	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE : 00 16 927 16 000085	N° INPE : INP : 091019786
Certifie que Mlle, Mme, M. : Kassaba Fatima ep Koutani	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input checked="" type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : Diabète + Hypertension	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Typhanta + levothyrox 25 mg/12 + Magnésium	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casa le 04/08/22	
Cachet et signature du médecin traitant :	
 	

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées